

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

RAFAEL DOS SANTOS FLORES

**OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE: UM ESTUDO
COMPARATIVO DA AVALIAÇÃO DOS RELATÓRIOS
UTILIZANDO A AUDITORIA EXTERNA.**

CURITIBA

2017

R. FLORES OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE: UM ESTUDO COMPARATIVO DA AVALIAÇÃO DOS
RELATÓRIOS UTILIZANDO A AUDITORIA EXTERNA. 2017.

RAFAEL DOS SANTOS FLORES

**OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE: UM ESTUDO COMPARATIVO DA
AVALIAÇÃO DOS RELATÓRIOS UTILIZANDO A AUDITORIA EXTERNA.**

Projeto de Monografia apresentado ao Departamento de Ciências Contábeis, do Setor de Ciências Sociais Aplicadas, da Universidade Federal do Paraná, como pré-requisito para obtenção do título de Especialista em MBA – Auditoria Integral.

Orientador: Prof. Mayla Cristina Costa

CURITIBA

2017

TERMO DE APROVAÇÃO

RAFAEL DOS SANTOS FLORES

OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE: UM ESTUDO COMPARATIVO DA
AVALIAÇÃO DOS RELATÓRIOS UTILIZANDO A AUDITORIA EXTERNA.

Monografia aprovada como requisito parcial à obtenção do título de Especialista, Curso de Especialização em MBA em Auditoria Integral, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná. Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Prof. Mayla Cristina Costa

Orientadora – Departamento de Ciências Contábeis - UFPR

Curitiba, 30 de junho 2017.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus pela vida, pela sabedoria, por todas as minhas conquistas pessoais e profissionais, e por ter colocado em meu caminho pessoas tão especiais.

A minha digníssima esposa, pela compreensão da minha ausência e incentivo incondicional.

A minha família, motivo de inspiração e determinação para alcançar lugares mais altos.

E a todos que direta e indiretamente fizeram parte da minha formação.

“Não confunda jamais conhecimento com sabedoria.
Um o ajuda a ganhar a vida; o outro a construir uma
vida.”

Sandra Carey

RESUMO

Esta monografia tem como base o estudo de caso realizando comparativo, identificação e análise entre as operadoras de planos de saúde através dos pareceres e relatórios circunstanciados emitidos por auditores independentes. Inicialmente, através da carteira de clientes de um escritório de auditoria independente, foram selecionadas 30 operadoras para a realização do estudo. A análise dos dados revelou que a constituição das provisões técnicas / obrigações das operadoras é o requisito que mais exige atenção. O estudo mostrou que a falta de controle eficiente e a observância dos requisitos exigidos pelo órgão regulador impacta, no registro contábil, as obrigações das operadoras. Nesse sentido, esse estudo ressalta a necessidade e importância do desenvolvimento de funções, responsabilidades e controles eficientes e eficazes que permitam as operadoras identificar, avaliar e monitorar mitigando os riscos, quanto melhor o controle menor o risco.

Palavras-chave: Regulamentação, Requisitos, Insuficiência, Inconsistência.

ABSTRACT

This monograph is based on the case study comparing, identifying and analyzing the health plan operators through the opinions and detailed reports issued by independent auditors. Initially, through the client portfolio of an independent audit office, 30 operators were selected to carry out the study. The analysis of the data showed that the provision of technical provisions / obligations of operators is the requirement that requires the most attention. The study showed that the lack of efficient control and compliance with the requirements required by the regulatory agency impacts, in the accounting record, the obligations of the operators. In this sense, this study highlights the need and importance of the development of efficient and effective functions, responsibilities and controls that allow the operators to identify, evaluate and monitor mitigating the risks, the better the control the lower the risk.

Keywords: Regulation, Requirements, Insufficiency, Inconsistency.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – PRINCIPAIS REQUISITOS LEGAIS.....	29
QUADRO 2 – PORTE DA OPERADORA.....	37

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – INCONSISTÊNCIAS POR REQUISITOS.	38
GRÁFICO 2 – INCONSISTÊNCIA POR EXERCÍCIO.	38
GRÁFICO 3 – INCONSISTÊNCIA POR PORTE – GRANDE PORTE.....	40
GRÁFICO 4 – INCOSISTÊNCIA POR PORTE – MÉDIO PORTE.	40
GRÁFICO 5 – INCOSISTÊNCIA POR PORTE – PEQUENO PORTE.....	41

LISTA DE SIGLAS

ABI	– Aviso de Beneficiários Identificados.
ANS	– Agência Nacional de Saúde Suplementar.
DIOPS	– Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.
GRU	– Guias de Recolhimento da União.
MS	– Margem de Solvência.
OPS	– Operadora de Plano de Saúde.
PCP	– Plano de Contas Padrão.
PEONA	– Provisão de Eventos Ocorridos e Não Avisados.
PESL	– Provisão de Eventos e Sinistros a Liquidar.
PMA	– Patrimônio Mínimo Ajustado.
PPA	– Procedimentos Previamente Acordados.
PPCNG	– Provisão Para Contraprestação Não Ganha.
PPSC	– Provisão Para Perdas Sobre Crédito..
RN	– Resolução Normativa.
SUS	– Sistema Único de Saúde.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1 Problema de Pesquisa.....	12
1.2 Objetivos	12
1.2.1 Objetivo geral	12
1.2.2 Objetivos específicos.....	12
1.3 Justificativa.....	13
1.4 DELIMITAÇÃO	14
2. REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 HISTÓRICO DO SETOR.....	15
2.2 AUDITORIA NO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR.....	20
2.3 CONTROLES INTERNOS	23
2.3.1 Controle Interno como ferramenta fundamental.....	23
2.3.2 Resultado final do trabalho de auditoria	25
3. METODOLOGIA DA PESQUISA	28
3.1 Tipologia de pesquisa quanto aos objetivos	28
3.2 Tipologia de pesquisa Quanto aos procedimentos	28
3.3 Quanto a abordagem do problema	28
4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	37
4.1 Composição da Amostra	37
4.2 RESULTADOS	38
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	43
REFERÊNCIAS	44

1. INTRODUÇÃO

A saúde suplementar é atividade que envolve a operação de planos e seguros privados de assistência à Saúde, este segmento é regulado pelo poder público, representado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). As OPS – Operadoras de Planos de Saúde são segregadas em: seguradoras especializadas em saúde, cooperativas médicas e odontológicas, medicina de grupo, autogestões e instituições filantrópicas.

No Brasil a saúde suplementar começou a ser consolidada na década de 1960, mas só passou a ser regulada a partir de 1998 com a entrada em vigor da lei nº 9.656 de 03 de junho 1998 e a criação da ANS em 2000. A (ANS) tem como objetivo regular o setor através da criação e aplicação de normas, controle e fiscalização das atividades do segmento.

Conforme o Art. 1º da Lei nº 9.656 submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: (i) - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente a expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; (ii) - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; (iii) - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos.

Hoje, o setor brasileiro de planos e seguros de saúde é um dos maiores sistemas privados de saúde do mundo.

As operadoras são classificadas, nas modalidades de: Autogestão empresa que opera planos de assistência à saúde destinados, exclusivamente, a empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, de uma ou mais empresas ou, ainda, a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados e seus dependentes; as Cooperativas médica/odontológica são sociedades sem fins lucrativos, conforme disposto na Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, para Aurélio Buarque de Holanda Ferreira (2004, apud GOUVEIA, SANTOS, VIEIRA, 2008, p. 20): “cooperativa é uma sociedade ou empresa constituída por membros de determinado grupo econômico ou social, e que objetiva desempenhar, em benefício comum, determinada atividade econômica”; as Filantropias são entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde, sendo certificada como entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e declarada de utilidade pública pelo Ministério da Justiça ou pelos órgãos dos governos estaduais e municipais; as Administradoras são empresas que apenas administram os planos de saúde, que são financiados por outra operadora, uma administradora não assume o risco decorrente da operação desses planos e não possui rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos; as seguradoras especializadas em saúde são as sociedade seguradoras autorizadas a operar planos de saúde, desde que esteja constituída como seguradora especializada nesse tipo de seguro, devendo seu estatuto social vedar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades; a Medicina de grupo são as demais empresas ou entidades que operam planos privados de assistência à saúde. Assim como as odontologias de grupo só que estas voltadas exclusivamente para planos odontológicos.

A auditoria externa tem por finalidade aumentar o grau de confiança das demonstrações contábeis. Tendo como produto final a emissão do parecer, que expressa uma opinião, sobre as demonstrações contábeis do período examinado.

“assegurar que estas foram elaboradas em todos os aspectos relevantes, em conformidade com as normas brasileiras de contabilidade e legislação específica aplicáveis” (LINS, 2012, p. 10).

A auditoria no setor de saúde suplementar deve levar em consideração, não somente as normas e princípios contábeis, mas também as normas e orientações de procedimentos da agência regulatória.

“O PPA (procedimentos previamente acordados) é um trabalho realizado pela auditoria independente cujos procedimentos são orientados pela ANS para verificação das informações transmitidas pelas operadoras no DIOPS XML. O relatório deve observar se os saldos apresentados no balancete e nos quadros demonstrativos têm correspondência na documentação contábil da operadora. Toda divergência apontada no relatório de PPA deve ser imediatamente corrigida pelas operadoras”. (ANS, [2010]).

Conforme art. 5º da resolução normativa nº 400, o acompanhamento econômico-financeiro das operadoras será estabelecido primordialmente a partir das informações do Documento de Informações Econômico-Financeiras das Operadoras - DIOPS, do 4º trimestre do último exercício, e dos documentos que compõem o conjunto das Demonstrações Contábeis e dos Relatórios de Auditoria Independente, referentes ao último exercício encerrado.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Como avaliar comparativamente por meio dos relatórios de auditoria as empresas de planos de saúde?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Identificar os principais relatórios para realizar o estudo comparativo das auditorias em planos de saúde.

1.2.2 Objetivos específicos

- 1 - Levantar os relatórios dos últimos quatro anos das operadoras de planos de saúde.
- 2 - Identificar as inconsistências dos relatórios das empresas de operadoras de planos de saúde.
- 3 – Comparar as principais inconsistências identificadas nos planos de saúde.

4 – Consolidar a avaliação dos relatórios considerando as inconsistências dos planos de saúde.

1.3 JUSTIFICATIVA

Demonstrar os principais pontos de não conformidade considerando os relatórios das auditorias já realizadas. Nesse sentido, a padronização dos registros contábeis se materializa na elaboração das Demonstrações Financeiras, cujo objetivo é fornecer informações econômicas e financeiras para auxiliar a tomada de decisão por vários usuários dessas informações.

As Demonstrações Financeiras informam a situação patrimonial da operadora, segregando os elementos patrimoniais em Ativo, Passivo e Patrimônio Líquido além de informações específicas sobre Receitas e Despesas, Fluxo de Caixa e Mutações do Patrimônio Líquido.

Contribuir com o profissional de auditoria para mapear os principais pontos conflitantes dos relatórios.

A Norma Contábil é necessária para padronizar o registro das operações do mercado de saúde suplementar. O principal objetivo da padronização é monitorar a solvência desse mercado. Solvência é a capacidade de uma operadora de cumprir com seus compromissos.

Monitorar a solvência das operadoras é uma atribuição legal da ANS, cujo objetivo é garantir ao beneficiário/consumidor o atendimento por parte das operadoras da cobertura contratual comercializada e pactuada através dos contratos de planos de saúde.

Apontar os principais achados em função dos diversos relatórios de auditoria no período analisado.

A avaliação da qualidade e adequação do sistema de controles internos, inclusive sistemas de processamento eletrônicos de dados e de gerenciamento de riscos, evidenciando as deficiências identificadas.

1.4 DELIMITAÇÃO

O presente trabalho possui como amostra 30 empresas operadoras de plano de saúde que atuam no setor de saúde suplementar, além dessa introdução, este trabalho apresenta mais cinco capítulos conforme a seguinte estrutura: Referencial Teórico abordando o surgimento e desenvolvimento do setor de saúde suplementar no Brasil assim como a auditoria no setor de saúde suplementar; Metodologia de pesquisa onde constam, respectivamente, o problema levantado, o objetivo geral, o objetivo específico e a estrutura do trabalho; Consolidação de informações com base em relatório apresentam os dados da amostragem; e Análise e discussão e as Considerações Finais, apresentam as análises e os resultados através das informações coletadas.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 AGÊNCIA REGULADORA

Agências Reguladoras tem como função regulamentar os setores, controlam a qualidade da prestação de serviço e estabelecem regras, atualmente há 10 agências reguladoras, âmbito federal, no Brasil. São dotadas de ampla autonomia financeira, administrativa e regulamentar foram criadas em decorrência do Plano Nacional de Desestatização – PND, implantado na Administração Pública a partir da promulgação da Lei nº 8.031/90, posteriormente revogada pela Lei nº 9.491/97 que apresenta uma melhor redação a fim de conferir maior qualidade ao sistema. Com o PND o Brasil deixa de explorar as atividades econômicas de forma direta e delega à iniciativa privada, impulsionando o surgimento desses órgãos reguladores.

No momento em que instituiu as Agências Reguladoras no Brasil, o que motivou foi, segundo Carvalho Filho (2010):

[...] do afastamento do Estado da realização de determinadas atividades, o que exigiu a instituição de órgãos reguladores investidos na típica função de controle, aos quais foi atribuída a função principal de controlar, em toda a sua extensão, a prestação dos serviços públicos e o exercício de atividades econômicas, bem como a própria atuação das pessoas privadas que passaram a executá-los, inclusive impondo sua adequação aos fins colimados pelo Governo e às estratégias econômicas e administrativas que inspiraram o processo de desestatização.

Desta forma podemos classificar uma Agência Reguladora como uma Operadora da Administração Pública Indireta, criada sob a forma de autarquia em regime especial, que tem competência regulatória sobre a prestação de serviços públicos, transferidos por concessão ou permissão à iniciativa privada, ou também sobre atividades econômicas relevantes, que em geral, possuem uma sensibilidade para a coletividade, atividades a respeito das quais os interesses são múltiplos, conflitantes e públicos, e que notadamente possuem comoção da opinião pública, por serem serviços públicos que inicialmente deveria ser disponibilizado pelo Estado.

Segundo Manoel Gonçalves (2002), Citado por Batista Junior (2013), as agências

Constituem-se, pois, como autarquias que são, em entes descentralizados da Administração Pública, com personalidade jurídica de direito público,

com autonomia, inclusive no tocante à gestão administrativa e financeira, patrimônio e receita própria, destinada a controlar (regular e fiscalizar) um setor de atividades, de interesse público, em nome do Estado brasileiro.

Seguindo o modelo institucional de agências regulatórias, modelo adotado após a Reforma do Aparelho do Estado, criou-se sob o regime de autarquia especial e vinculada ao Ministério da Saúde a Agência Nacional de Saúde (ANS), com autonomia financeira, administrativa, patrimonial e de gestão de recursos humanos, bem como independência em suas decisões técnicas (Lei Federal Nº 9.961,200).

Criada em 2000, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é vinculada ao Ministério da Saúde. A ANS promove a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regula as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, e contribui para o desenvolvimento das ações de saúde no país. (Portal Brasil, [2017]).

O órgão diretivo da ANS está estruturado em Diretoria Colegiada, composta por cinco Diretores, dentre eles um Diretor-Presidente. O diretor-presidente é escolhido entre os diretores pelo Presidente da República.

A Diretoria Colegiada deve reger a ANS de acordo com o contrato de gestão, assinado com o Ministério da Saúde.

Os Diretores cumprem mandato de três anos, não coincidentes, sendo permitida uma recondução. A exoneração só pode ocorrer nos primeiros quatro meses de mandato, após esse período o que permite a ruptura dessa estabilidade é a ocorrência de casos de improbidade administrativa, condenação penal e de descumprimento injustificado dos objetivos e das metas acordado em contrato de gestão celebrado com o Ministério da Saúde. São atribuições à Diretoria Colegiada da ANS as responsabilidades de apreciação e deliberação, em última instância, sobre matérias de competência da Agência, não estando suas decisões sujeitas a recursos ou revisões na esfera administrativa.

O Decreto nº 3.327, de 2000, prevê a estrutura da ANS e define as áreas de atuação das cinco Diretorias, cujas competências estão assim distribuídas, conforme Regimento Interno:

- Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras: responsável por normatização, autorização e monitoramento do funcionamento das operadoras, inclusive na adoção de medidas relativas a regimes especiais;
- Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos: responsável pela normatização, autorização e monitoramento dos produtos, inclusive o controle de reajustes;
- Diretoria de Fiscalização: responsável por todo o processo de fiscalização dos aspectos econômico-financeiros e dos aspectos médico–assistenciais, além do apoio ao consumidor/beneficiário e articulação com os órgãos de defesa do consumidor;
- Diretoria de Desenvolvimento Setorial: responsável pelo ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) e pelo desenvolvimento de instrumentos que viabilizem a melhoria da qualidade e da competitividade do setor;
- Diretoria de Gestão: responsável pelo sistema de gerenciamento (recursos financeiros, humanos, suprimentos, informática e informação).

Segundo SUNDFELD (2002), o sujeito principal da regulação é quem atua como agente do mercado regulado, e são sujeitos secundários os demais atores envolvidos nas relações jurídicas inerentes a seu funcionamento.

O principal agente da regulação, no setor de saúde suplementar, são as operadoras de planos de assistência à saúde, os agentes secundários são os consumidores/beneficiários e os prestadores do serviço de atendimento médico, hospitalar e odontológico. Evidencia-se que é sobre as operadoras que incide a regulamentação da ANS, uma vez que, está na intermediação da prestação do serviço de assistência à saúde o objeto da regulação, e não nos serviços de atendimento médico, hospitalar e odontológico.

2.2 HISTÓRICO DO SETOR

Nos anos de 50, devido a desigualdade social, marcada pela baixa renda per capita e a alta concentração de riquezas, a deficiências da saúde pública ganha dimensão no discurso dos sanitaristas em torno das relações entre saúde e desenvolvimento, surgem as primeiras empresas de medicina de grupo, em

princípio, criadas para atender aos trabalhadores das indústrias multinacionais instaladas no ABC paulista.

Originalmente, os planos de saúde, ou medicinas de grupo, surgiram pelo estímulo dado por essas multinacionais que estimularam médicos a formar empresas de medicina de grupo, com diferentes planos de saúde. (Michaelis, Paraskevopoulos, Mourad, 2010, p.5)

No final da década de 80, com a Constituição Federal de 1988, que determina ser dever do Estado garantir a saúde a toda a população, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) com o objetivo de promover a justiça social e diminuir a desigualdade na assistência à saúde da população. Em 1990 é aprovada a Lei orgânica da saúde Lei nº 8.080 que detalha e regula o funcionamento do sistema, as ações e serviços de saúde em todo o território nacional e estabelece, entre outras coisas, os princípios, as diretrizes e os objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS).

A saúde suplementar passou a conviver com o sistema público, consolidado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), nascido a partir da Constituição Federal de 1988. Com o SUS, a saúde foi legitimada como um direito da cidadania, assumindo status de bem público.
<http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico>

“O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado, em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros.”
<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/historico>

Com a publicação, em 3 de junho de 1998 da Lei Federal nº 9.656, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, a fim de regular o setor, em seu art. 1º inciso II, incluído pela medida provisória nº 2.177-44 de 2001, a Operadora de Plano de Assistência à Saúde é toda a Pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou Operadora de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais, muitas vezes chamada de cobertura financeira de riscos.

Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001).

A agência reguladora de saúde suplementar (ANS) nasceu pela Lei nº 9.961/2000, criada a partir de setor específico do Ministério da Saúde com a incumbência de cumprir a Lei nº 9.656/98, até então um setor da economia sem padrão de funcionamento.

Iniciou suas atividades com a missão de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando o setor, inclusive quanto a relação prestadores com consumidores / beneficiários e deste modo contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país. Coube a ANS regulamentar, monitorar e fiscalizar o mercado de saúde suplementar.

De forma simplificada, a regulação pode ser entendida como um conjunto de medidas e ações do Governo que envolvem a criação de normas, o controle e a fiscalização de segmentos de mercado explorados por empresas para assegurar o interesse público. (ANS, [2017])

Com a instituição de normas / regulação setorial, com o objetivo de reduzir a interpretações/ distorções das informações evidenciadas entre as partes envolvidas no setor (beneficiários, prestadores, ANS e operadoras), a ANS institucionalizou algumas normas contábeis a serem cumpridas pelas entidades, sob pena de punições caso não o faça, do setor como:

- Instituiu um Plano de Contas Padrão (PCP).
- Criou, envio trimestral, do Documento de Informações Periódicas (DIOPS), o qual representa um sistema de informação.
- Padronizou os procedimentos de análises das informações contábeis – Procedimentos Previamente Acordados (PPA).

Hoje, o setor brasileiro de planos e seguros de saúde é um dos maiores sistemas privados de saúde do mundo. Com o objetivo de continuidade e qualidade no serviço prestado pelas operadoras, de planos de privados de assistência à saúde, a ANS exige que as operadoras atendam a alguns requisitos, entre eles destaca-se:

- Registro nos Conselhos Regionais de Medicina e/ou Odontologia;
- Descrição detalhada e completa dos serviços de saúde próprios prestados e aqueles que serão prestados por terceiros;

- Descrição de suas instalações e equipamentos destinados a prestação de serviços;
- Especificação dos recursos humanos qualificados e habilitados, com responsabilidade técnica de acordo com as leis que regem a matéria;
- Demonstração da capacidade de atendimento em razão dos serviços a serem oferecidos;
- Demonstração da viabilidade econômico-financeira dos planos privados de assistência à saúde oferecidos; e
- Especificação da área de coberta pelo plano privado de assistência à saúde.

Art. 22. As operadoras de planos privados de assistência à saúde submeterão suas contas a auditores independentes, registrados no respectivo Conselho Regional de Contabilidade e na Comissão de Valores Mobiliários - CVM, publicando, anualmente, o parecer respectivo, juntamente com as demonstrações financeiras [...] (Lei nº 9.656 de 98).

2.3 AUDITORIA NO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Attie (1998) define auditoria como, “A auditoria é uma especialização contábil voltada a testar a eficiência e eficácia do controle patrimonial implantado com o objetivo de expressar uma opinião sobre determinado dado”.

A auditoria é o ramo da contabilidade que verifica a autenticidade das demonstrações contábeis, examina os critérios e procedimentos contábeis adotados em sua elaboração, e se estes estão de acordo com os princípios fundamentais de Contabilidade e com as normas brasileiras de Contabilidade (FRANCO E MARRA, 1992).

Entre os vários conceitos de auditoria, destaca-se o de Sá (1998), o qual define:

Auditoria é uma tecnologia contábil aplicada ao sistemático exame dos registros, demonstrações e de quaisquer informes ou elementos de consideração contábil, visando a apresentar opiniões, conclusões críticas e orientações sobre situações ou fenômenos patrimoniais de riqueza azindal, pública ou privada, quer ocorridos, quer por ocorrer ou prospectados e diagnosticados.

O Conselho Federal de Contabilidade (CFC) define auditoria, por meio da Resolução 953/2003 NBC-T11, da seguinte forma:

Auditoria das demonstrações contábeis constitui o conjunto de procedimentos técnicos que tem por objetivo a emissão de parecer sobre sua adequação, consoante aos princípios fundamentais de contabilidade e às Normas Brasileiras de Contabilidade e, no que for pertinente, à legislação específica.

O auditor deve planejar e executar a auditoria com ceticismo profissional reconhecendo que podem existir circunstâncias que causam distorção relevante nas demonstrações contábeis (Item 15, NBCTA nº 200).

A Auditoria é definida como o conjunto de procedimentos e técnicas aplicadas com o objetivo de obter segurança razoável de que as demonstrações contábeis estão livres de distorção relevante, independente da causa, seja ela fraude ou erro. A segurança razoável permite ao auditor formar uma opinião sobre as demonstrações contábeis com base na avaliação das conclusões alcançadas pela evidência de auditoria obtida e assim emitir o parecer sobre as demonstrações, se elas estão sendo apresentadas adequadamente, consoantes com as normas brasileiras de contabilidade e, no que for pertinente, em setores regulados, a legislação específica.

Na auditoria também foram estabelecidos padrões técnicos que objetivam qualificar a condução dos trabalhos de auditoria e garantir a atuação tecnicamente consistente do auditor e de seu parecer, assegurando, a todos aqueles que dependem de sua opinião, a observação de uma série de requisitos considerados indispensáveis para que o trabalho seja concretizado (Attie, 2011).

A auditoria no setor de saúde suplementar tem como finalidade auxiliar a ANS na fiscalização e regulação do setor, no controle, verificação e avaliação das operadoras de planos de saúde quanto ao risco de continuidade e/ou qualidade do atendimento à saúde. Através do relatório circunstanciado, que é obrigatório a entrega, contendo as observações do auditor relacionadas às deficiências ou as ineficácias dos controles internos das operadoras por ele auditadas.

O relatório circunstanciado apresenta as observações do auditor independente, relativamente à deficiência ou à ineficácia dos controles internos, deve ser enviado para o órgão regulador na forma e prazo estabelecido em regulamentação própria, bem como permanecer na operadora à disposição; IN nº 08 RN nº 136.

O relatório circunstanciado contendo as observações do auditor independente, relativamente às deficiências ou à ineficácia dos controles internos, deve ser enviado para a ANS, conforme regulamentação

específica, bem como permanecer na operadora à disposição da ANS RN nº 418.

O órgão regulador tem como objetivo fiscalizar, padronizar e monitorar as atividades do setor e para isso criou, e ainda tem criado, várias ferramentas que ajudam na fiscalização e acompanhamento de eventuais desacordos garantindo ao consumidor/beneficiário a sua continuidade e/ou qualidade do atendimento à saúde por parte das operadoras da cobertura assistencial efetivamente contratada.

A padronização dos registros contábeis se materializa na elaboração das Demonstrações Financeiras, cujo objetivo é fornecer informações econômicas e financeiras para auxiliar a tomada de decisão por vários usuários dessas informações.

Os critérios de avaliação e de apropriação das operações do mercado de saúde suplementar devem estar em consonância com as Práticas Contábeis Adotadas no Brasil, abrangendo inclusive o processo de convergência às normas internacionais de contabilidade.

Avaliação dos relatórios de auditorias independentes, incluído eventuais ressalvas e parágrafos de fundamentação para opinião com modificações tem esse objetivo.

Desta forma, a auditoria tem papel fundamental, garantindo a redução das assimetrias de informações que existem entre os gerentes e stakeholders da empresa permitindo que os usuários externos das informações tenham maior confiança na veracidade das demonstrações financeiras.

A exigência do órgão regulador é que o Auditor Externo tenha registro na CVM, tendo como intuito uma maior transparência e segurança aos beneficiários dos planos, assim como ao setor de saúde. Conforme a ANS, o auditor independente, além de emitir sua opinião ou parecer sobre as demonstrações contábeis emite um relatório-comentário, no qual apresenta sugestões para solucionar as não conformidades contábeis da empresa, que chegaram ao seu conhecimento no curso normal de seu trabalho de auditoria. O auditor independente não possui vínculo empregatício com a auditada, tem maior grau de independência, executa auditoria das peças das demonstrações contábeis. Realiza menor volume de testes devido ao tempo para executar estes procedimentos. Tem como produto final expressar uma

opinião acerca da adequação das demonstrações, elaboradas de acordo com as práticas contábeis aceitas, em todos seus aspectos relevantes.

A Auditoria Interna tem como função implantar procedimentos internos, acompanhar e avaliar. Possui um maior grau de profundidade, periodicidade e visa também outras áreas não relacionadas com a contabilidade. É empregado da empresa e não deve estar subordinado, dentro da organização, àquele cujo trabalho examina, por isso tem um menor grau de independência. O auditor interno não pode desenvolver atividades que um dia ele possa a vir examinar. Executa auditoria contábil e operacional, tendo com objetivo verificar se as normas internas estão sendo seguidas. Verifica a necessidade de aprimorar as normas internas vigentes, de novas normas. Maior volume de testes, pois tem maior tempo na empresa para executar estes procedimentos.

2.4 CONTROLES INTERNOS

2.4.1 Controle Interno como ferramenta fundamental

Controle interno é diferente de auditoria interna. A auditoria interna equivale a um trabalho organizado de revisão e apreciação dos controles internos, normalmente executado por um departamento especializado, ao passo que o controle interno se refere a procedimentos de organização adotados como planos permanentes da empresa (Attie, 2011).

O comitê de Procedimentos de Auditoria do Instituto Americano de contadores Públicos Certificados, Estados Unidos, afirma:

“O controle interno compreende o plano de organização e o conjunto coordenado dos métodos e medidas , adotados pela empresa, para proteger seu patrimônio, verificar a exatidão e a fidedignidade de seus dados contábeis, promover a eficiência operacional e encorajar a adesão à política traçada pela administração” (ATTIE, 2011).

O controle interno pode ser definido como um processo integrado e operado pela empresa como um todo, com a intenção de fornecer razoável segurança tanto às atividades administrativas quanto às operacionais, de forma a diminuir as possibilidades de desvios de ativos, desobediência às normas internas, bem como de erros não intencionais (LINS, 2012, p. 213).

As normas de auditoria geralmente aceitas, referentes ao trabalho no campo, estabelecem que o auditor deva avaliar o sistema de controle interno da empresa auditada, a fim de determinar a natureza, época e extensão dos procedimentos (Cavalcante, 2012). Quanto melhor avaliado o sistema de controle interno menor será o volume de testes.

O sistema contábil e de controles internos compreendem os procedimentos adotados pela entidade na proteção do seu patrimônio, promoção da confiabilidade e tempestividade dos seus registros e demonstrações contábeis, e da sua eficácia operacional (LINS, 2012, p. 213).

O controle interno representa em uma organização o conjunto de procedimentos, métodos ou rotinas com os objetivos de proteger os ativos, produzir dados contábeis confiáveis e ajudar a administração na condução ordenada dos negócios da empresa (Cavalcanti, 2012). Devesse observar que custo do controle interno não deve exceder aos benefícios que se espera obter com ele.

[...] os controles internos e sistemas de informação são de responsabilidade da administração da entidade; porém, o auditor, sempre que cabível, deve efetuar sugestões objetivas para seu aprimoramento, decorrentes de constatações feitas no decorrer do seu trabalho (LINS, 2012, p. 213).

A lei Sarbanes-Oxley SOX ressalta a importância dos controles internos exigindo da auditoria independente, uma opinião específica para certificar que estes cumprem as exigências da Lei. É importante avaliar os controles internos em função do grau de confiança que neles são atribuídos, pois a determinação dos procedimentos e testes de auditoria é baseada na efetividade destes controles.

Não adianta a empresa implantar em excelente sistema de controle interno sem que alguém verifique periodicamente se os funcionários se os funcionários estão cumprindo o que foi determinado no sistema, ou se o sistema não deveria ser adaptado às novas circunstâncias (Cavalcanti. 2012).

Um sistema contábil que não esteja apoiado em controles internos eficientes pode gerar informações inconsistentes aos seus usuários e levar a conclusões errôneas e tomadas de decisões danosas as organizações.

A contabilidade deve suprir a gerência com dados para a tomada racional de decisões, ao invés de fornecer uma massa de dados sem uso e com pobreza em seu formato. (Magliavacca, 2004).

O Controle Administrativo funciona como uma ferramenta indispensável para gestão de uma empresa.

Estabelecer por escrito qual é a missão da organização é uma tarefa complexa, e deve envolver todos os níveis hierárquicos, para no final haver consenso e envolvimento de todos, ao se trilharem os caminhos para realizar a missão estabelecida. É preciso arejar e discutir os princípios corretos, e isto envolve paciência, sinceridade, honestidade, e tempos. Deve haver congruência de metas, expressa na missão. (Migliavacca. 2004)

Os Controles Gerenciais possuem informações são vitais e a utilização da Contabilidade Gerencial e seus métodos é uma ferramenta importante na geração dessas informações auxiliando no processo decisório. Os usuários da informação contábil, tanto podem ser internos como externos, sendo assim possuem interesses diferentes, razão pela qual a informações geradas pela Entidade devem ser amplas, fidedignas e suficientes para a avaliação da situação patrimonial e das mutações sofridas e futuras mutações patrimoniais.

As informações fluem de diversas fontes (internas e externas) e sem dúvida a informação contábil contida nas demonstrações financeiras da empresa (balanços, demonstrações de lucros e perdas e relatórios gerenciais) se constitui na principal fonte interna para a ação da administração. (Migliavacca. 2004).

2.4.2 Resultado final do trabalho de auditoria

Durante a realização do trabalho de auditoria, o auditor deve, com base em seu senso critico profissional, estar atento para identificar e também desenvolver objetos paralelos à auditoria e que sejam de grande importância para a empresa auditada. O auditor tendo constatado deficiências nos processos, falta de controles adequados e existentes de riscos, em seu julgamento profissional, as possíveis sugestões de melhorias para os pontos detectados/constatados.

Embora não seja o precípua da auditoria, podem ser de grande valia como instrumento administrativo, recomendações de melhorias de controles internos que o auditor venha a apresentar (Attie, 2011, p.22).

Em algumas situações, porém, a lei e/ou regulamento aplicável podem exigir que o auditor forneça opinião sobre outros assuntos específicos, tais como a eficácia do controle interno ou a compatibilidade de um relatório separado da administração junto com as demonstrações contábeis (Lins, 2012, p. 10).

Na execução de seu trabalho, ou mesmo na revisão do controle interno, o auditor pode determinar a existência de fraquezas de procedimentos, ou mesmo de aprimoramento de controles que por sua experiência sejam de grande de grande valia para fortalecimento do controle interno (Attie, 2011, p. 22).

Ao final do trabalho, deve ser elaborado um relatório formal à administração da empresa auditada, para que esta, como responsável pela salvaguarda do patrimônio, possa decidir-se quanto à aplicabilidade dos pontos observados e coloca-los em prática para fortalecimento dos controles utilizados pela companhia (Attie, 2011, p.22).

No relatório circunstanciado são descritos, pelo o auditor, os problemas e ineficácias, de maior relevância, constatados durante a realização do trabalho, e informadas as respectivas sugestões/recomendações para as devidas melhorias e/ou correções a realizar pelo auditado.

O auditor deve olhar a empresa também como um empresário e não somente como um contador especializado. Ele deve estar atento para levantar pontos e dar sugestões que levem a empresa, principalmente, a ter maior controle sobre seus ativos, melhorar a qualidade e segurança de suas informações e, finalmente, aumentar seus lucros. (Cavalcanti. 2012).

O trabalho final, objeto final, da auditoria externa não é somente a formação da opinião, mas também recomendações/sugestões de melhorias de procedimentos/processos que não estão em acordo/conformidade com as normas contábeis e/ou normas do setor regulado. Dentro das limitações de seu objetivo, o auditor deve estar atento e desenvolver seu julgamento profissional para os objetivos paralelos à auditoria e que sejam de grande valia para a companhia auditada.

Durante a execução de seu trabalho o auditor pode vir a determinar a existência de fraquezas de procedimentos ou mesmo de aprimoramento de controle que, por sua experiência, sejam de grande valia para o fortalecimento do controle interno. No momento da descoberta dessas fraquezas, o auditor prepara um papel de trabalho constatando quais as deficiências existentes e quais seriam, na sua opinião, as possíveis sugestões de melhorias para os pontos observados. (Attie, 2011, p. 639).

O Princípio da oportunidade refere-se ao processo da mensuração e apresentação dos componentes patrimoniais para produzir informações íntegras e tempestivas, sendo que a falta de integridade e tempestividade na produção e divulgação da informação contábil pode ocasionar a perda de sua relevância.

É a base indispensável à fidedignidade das informações sobre o patrimônio da Entidade, relativas a determinado período e com o emprego de quaisquer procedimentos técnicos. É fundamento daquilo que mitos

sistemas de normas denominam de “representação fiel” pelas informações, ou seja, que esta espelhe com precisão e objetividade as transações e eventos a que concerne (ATTIE, 2011).

3. METODOLOGIA DA PESQUISA

3.1 Tipologia de pesquisa quanto aos objetivos

Descritiva e explicativa.

3.2 Tipologia de pesquisa Quanto aos procedimentos

Bibliográfica e documental.

3.3 Quanto a abordagem do problema

Qualitativa.

Para realização deste estudo de caso, será utilizado o Projeto de casos múltiplos para abordar as questões da pesquisa, tendo como base para o levantamento de dados os relatórios emitidos por auditoria independente das operadoras de planos de saúde do período que compreende os últimos 4 anos, conforme banco de dados da carteira de clientes de um escritório de auditoria.

Serão segregados as operadoras conforme sua segmentação e porte, e identificados os principais relatórios emitidos para realizar um estudo comparativo das auditorias realizadas em operadoras de planos de saúde.

Por meio destes levantamentos, será realizada a demonstração: (i) dos principais itens/pontos de não conformidades considerando as auditorias já realizadas; (ii) da Contribuição com o Profissional de auditoria para mapear os principais pontos conflitantes no relatório; e (iii) Apontamentos dos principais achados em função dos diversos relatórios de auditoria em OPS.

Objetivos específicos: (i) Levantar os relatórios dos últimos quatro anos das Operadoras de Planos de Saúde; (ii) Identificar as inconsistências das Operadoras de Planos de Saúde; (iii) Comparar as principais inconsistências das Operadoras de Planos de Saúde; e (iv) Avaliar as inconsistências para gerar um resultado Final desse trabalho.

Para cumprimento dos objetivos específicos serão considerados, os principais, requisitos legais, elencados conforme Quadro 1 abaixo:

QUADRO 1 – PRINCIPAIS REQUISITOS LEGAIS

REQUISITO	DESCRIÇÃO
1	Controles gerenciais obrigatórios para Eventos conhecidos, ressarcidos (coparticipação) e Recuperados (glosa).
2	Controles gerenciais obrigatórios para Contraprestações emitidas, canceladas, recebidas e a receber.
3	Insuficiência de ativos garantidores (Vinculação e Lastro).
4	Insuficiência de recursos próprios mínimos (MS e PMA).
5	Constituição das provisões técnicas conforme exigência do órgão regulador (PESL, PEONA e PPCNG).
6	Apropriação da receita conforme período de cobertura do risco transcorrida.
7	Controle gerencial para Ressarcimento ao SUS (Parcelamento, ABI's e GRU's) e observação a correta segregação Curto e Longo prazo.
8	Reconhecimento contábil de recebimentos antecipados (antes do período de cobertura)

FONTE: O autor (2017).

Requisito 1 – Controles gerenciais obrigatórios para eventos conhecidos, ressarcidos (coparticipação) e Recuperados (glosa).

Conforme anexos da RN nº 290, alterados pela RN nº 418 de 2016, as operadoras de planos de assistência a saúde devem manter à disposição da agência reguladora, registros auxiliares que permitam, tempestivamente, a comprovação fidedigna dos dados registrados em sua escrituração contábil.

Os registros auxiliares devem conter, no mínimo, as informações regulamentadas pela ANS e devem estar segregados por cobertura médico hospitalar e odontológica, por preço preestabelecido ou pós-estabelecido e contratos antes da lei ou depois da lei.

Eventos são todas as despesas incorridas com o beneficiário do plano comercializado ou disponibilizado pela operadora, correspondentes à cobertura

financeira de riscos relativos a custos médicos, hospitalares e odontológicos. (ANS, 2016). O fato gerador da despesa com eventos é o atendimento ao beneficiário e o registro contábil é a data em que a operadora toma o conhecimento do atendimento. Para os casos em que o atendimento ocorre e a operadora não toma conhecimento, em tempo oportuno, o reconhecimento desta despesa/evento se dá com a constituição da Provisão Técnica específica (PEONA), nos moldes da regulamentação em vigor (ANS, 2016).

O valor a ser registrado como despesa com eventos é bruto de qualquer recuperação. Após o registro contábil do total da conta médica, a operadora irá analisar se detém o direito de recuperação por co-participação em relação a algum beneficiário que tenha utilizado as coberturas contratuais e efetuará o lançamento para ajustar o valor das despesas com eventos. (Manual Contábil, ANS RN nº 418).

Requisito 2 – Controles gerenciais obrigatórios para Contraprestações emitidas, canceladas, recebidas e a Receber.

Conforme mencionado anteriormente, os registros auxiliares devem conter, no mínimo, as informações regulamentadas pela ANS. O relatório/controle auxiliar deve contemplar todas as mensalidades/contraprestação emitidas durante o período analisado, assim como, sua movimentação financeira (recebimento).

A receita nas operadoras de planos de saúde é caracterizada como contraprestação/prêmios dos contratos com preço preestabelecido, o fato gerador é o período de risco decorrido, ou seja, o período em que a operadora já prestou efetivamente a cobertura assistencial do risco e não simplesmente a emissão da fatura. (ANS, 2016).

Requisito 3 – Insuficiência de ativos garantidores (Vinculação e Lastro)

A ANS como reguladora e prezando pela continuidade e qualidade no serviço prestado pelas operadoras junto aos seus beneficiários estabelece normas exigindo valores financeiros mínimos para suportar eventuais desequilíbrios econômico-financeiros.

As provisões técnicas são os Montantes a ser contabilizados em contas do balanço patrimonial da operadora de plano privado de assistência à saúde, com o objetivo de dimensionar quantitativamente as suas obrigações futuras decorrentes

de riscos ocorridos ou não, dando possibilidade a avaliação adequada de suas responsabilidades. O correto dimensionamento das provisões técnicas possibilita avaliar adequadamente as responsabilidades das operadoras. As provisões técnicas devem ser constituídas mensalmente, independentemente da existência de lucros ou sobras nas operadoras visando a garantia da estabilidade econômico-financeira da empresa.

Para essas provisões técnicas a operadora precisa possuir ativos financeiros (vinculados e/ou lastreados) que garantam a liquidação dessas obrigações, ao qual a agência reguladora denomina como ativos garantidores.

A provisão é o valor que deve ser contabilizado para fazer frente a uma obrigação já assumida e incorrida pela companhia, e tem como objetivo trazer o fluxo contábil para o regime de competência, fazendo com que a obrigação seja contabilizada quando da sua ocorrência e não quando é liquidada, pois senão essa obrigação seria tratada como regime de caixa. (MOURAD, NABIL A. 2010 P. 31).

Os ativos garantidores devem ser suficientes para cobrir as provisões técnicas, devem estar diversificados conforme em tipos de investimento assim como diversificação referente a instituições financeiras.

No que diz respeito ao monitoramento da suficiência de ativos garantidores vinculados pelas operadoras, não houve mudança, sendo o mesmo feito por meio de consulta às centrais de custódia, aos fundos de investimento dedicados ao setor de saúde suplementar (fundos de instituições financeiras com convênio com a ANS) ou à base de registro de imóveis operacionais ou assistenciais, se for o caso. (ANS, 2016).

As garantias financeiras são um conjunto de exigência a serem observadas pelas operadoras com o objetivo de manter o equilíbrio econômico-financeiro e minimizar o risco de insolvência da OPS.

Requisito 4 – Insuficiência de recursos próprios mínimos (MS e PMA).

Considera-se como Recurso Próprio Mínimo o limite do Patrimônio Líquido ou Patrimônio Social ajustado por efeitos econômicos, conforme resolução normativa, e o atendimento aos limites mínimos de Margem de Solvência. Eventual insuficiência, exclusivamente em relação à exigência de Margem de Solvência, do Patrimônio Líquido ou Patrimônio Social, será caracterizada como anormalidade econômico-financeira.

O Patrimônio Mínimo Ajustado (PMA) é requisito inicial para uma operadora começar a operar no setor ou continuar operando, independente do porte dela. Os recursos próprios mínimos funcionam como uma garantia para cobrir eventuais despesas inesperadas.

Conforme órgão regulador a Margem de Solvência corresponde à suficiência do Patrimônio Líquido ou Patrimônio Social ajustado por efeitos econômicos, para cobrir o maior montante entre os valores:

I - 0,20 (zero vírgula vinte) vezes a soma dos últimos 12 meses: 100% das contraprestações/prêmios na modalidade de preço preestabelecido, e de 50% das contraprestações/prêmios na modalidade de preço pós-estabelecido; ou

II - 0,33 (zero vírgula trinta e três) vezes a média anual dos últimos 36 meses da soma de: 100% dos eventos/sinistros na modalidade de preço preestabelecidos e de 50% dos eventos/sinistros na modalidade pós-estabelecidos.

A formulação de cálculo da Margem de Solvência poderá ser substituída por modelo próprio baseado nos riscos da operadora, desde que previamente aprovado pela ANS e segundo critérios e diretrizes regulamentados pela DIOPE.

Requisito 5 – Constituição das provisões técnicas conforme exigência do órgão regulador (PEONA, PESL e PPCNG)

Art. 3º da RN nº 393 de 2015, apresenta às OPS os itens que devem constituir, mensalmente, atendendo às boas práticas contábeis, as seguintes Provisões Técnicas:

I - Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar - PESL, referente ao montante de eventos/sinistros já ocorridos e avisados, mas que ainda não foram pagos;

II - Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados – PEONA, referente ao montante de eventos/sinistros que já tenham ocorrido e que a OPS não tomou conhecimento ainda;

III - Provisão para Remissão, referente às obrigações decorrentes das cláusulas contratuais de remissão das contraprestações/prêmios [...];

IV - Provisão para Prêmios/Contraprestações Não Ganhas - PPCNG, referente à parcela de prêmio/contraprestação cujo período de cobertura do risco ainda não transcorrido; e

V – outras Provisões Técnicas, necessárias à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, desde que consubstanciadas em Nota Técnica Atuarial de Provisões – NTAP e aprovadas pela DIOPE [..].

Nos contratos de plano de saúde, a precificação para o período de vigência mensal é reconhecida em uma conta de passivo específica, provisão de prêmios e contraprestações não ganhas (PPCNG).

A Provisão de Prêmios ou Contraprestações Não Ganhas caracteriza-se pelo registro contábil do valor mensal pela operadora da cobertura de risco contratual da vigência que se inicia naquele mês, devendo ser baixada a crédito de Receita de Prêmios ou Contraprestações, no último dia do mês de competência, pelo período de risco já decorrido no mês. (Manual contábil da RN nº 418, 2016).

O termo “ganha” significa que o período de cobertura do risco já transcorreu, ou seja, a operadora já garantiu um período de cobertura financeira dentro do período/mês contra qualquer evento, previsto no contrato, que pudesse ocorrer com o beneficiário. A receita de no mercado de saúde é reconhecida mensalmente, conforme o período de vigência da cobertura decorrido. Para cada período de risco já coberto pela operadora, haverá a apropriação da receita.

A ANS regulamenta que as operadoras devem possuir controles internos, para que, em nenhuma hipótese, o valor do período de risco a transcorrer seja registrado como receita de contraprestação no resultado do exercício/período. A receita com contraprestação só poderá ser apropriada ao resultado, no último dia de cada mês e correspondente ao período de risco já coberto.

Esse valor deve ser registrado em contrapartida a conta 12311101/12312101– Contraprestação Pecuniária/Prêmios a Receber, no primeiro dia de vigência do mês. Ao final de cada mês, o valor reconhecido como PPCNG é apropriado ao resultado do período, como Receita de Contraprestação/Prêmio, em função do período de cobertura do risco já decorrido naquele mês. (Manual contábil RNº 418, 2016)

Requisito 6 – Apropriação da receita conforme período de cobertura transcorrido.

O regime de competência é mensal, portanto a operadora deve no último dia do mês levantar todas as receitas ganhas e todas as despesas incorridas. Registram-se as receitas e despesas no período em que elas ocorrem, observado o regime de competência. Conforme já mencionado o fato gerador da receita nas OPS com contratos de preço preestabelecido é o período de risco transcorrido, o período em que a operadora já prestou cobertura assistencial.

Requisito 7 – Controle gerencial para Ressarcimento ao SUS (Parcelamento, ABI's e GRU's) e observação a correta segregação Curto e Longo prazo.

O ressarcimento ao SUS, criado pelo artigo 32 da Lei nº 9.656/1998 e regulamentado pelas normas da ANS, é a obrigação legal das operadoras de planos privados de assistência à saúde de restituir as despesas do Sistema Único de Saúde no eventual atendimento de seus beneficiários que estejam cobertos pelos respectivos planos. (ANS, 2016).

Conforme informado pela ANS a cobrança do ressarcimento ao SUS se através de etapas/processos, são eles:

- Atendimento: Os beneficiários do Plano de Saúde são atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).
- Identificação: A ANS cruza os dados dos sistemas de informações do SUS com o Sistema de Informações de Beneficiários (SIB) da própria Agência para identificar os atendimentos a beneficiários de planos de saúde, excluindo aqueles sem cobertura contratual.
- Notificação: ANS notifica a operadora a respeito dos atendimentos identificados.
- Impugnação e recurso: A operadora pode contestar as identificações em duas instâncias administrativas. Caso comprove que os serviços prestados no atendimento identificado não têm cobertura contratual, a identificação é

anulada. Se ficar demonstrado que o contrato cobre apenas parte do atendimento, a identificação é retificada.

- Cobrança e recolhimento: Precluída a faculdade de impugnar ou recorrer, ou decidida em última instância administrativa, e mantida a identificação integralmente ou parcialmente, a ANS encaminha para a operadora notificação de cobrança dos valores devidos, a qual tem o prazo de 15 dias para pagamento ou parcelamento.
- Inadimplência: Caso os valores devidos não sejam pagos ou parcelados no prazo, a operadora fica sujeita à inscrição no Cadastro Informativo (CADIN) dos créditos de órgãos e entidades federais não quitados, à inscrição em dívida ativa da ANS e à execução judicial.
- Repasse: Os valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS são repassados pela ANS para o Fundo Nacional de Saúde.

A ANS possibilita o parcelamento pelas OPS dos pagamentos dos débitos, a operadora fica sujeita à inscrição em dívida ativa e à execução judicial, conforme comunicado via Ofício.

É dever das operadoras de planos privados de assistência à saúde procederem ao registro contábil relativo ao ressarcimento ao SUS, mensalmente, nas respectivas contas contábeis disponíveis no Plano de Contas Padrão da ANS, visto que os débitos dessa natureza enquadram-se nos critérios apresentados. (ANS, 2016).

Conforme Lei nº 9.656/1998, o atendimento ao beneficiário de um plano de saúde privado pelo Sistema Único de Saúde configuraria como um evento, cujas despesas, a operadora tem o dever de ressarcir ao SUS. Lembrando que o ressarcimento ao SUS limita-se às obrigações/cobertura acordadas em contratos de planos de saúde firmados entre as operadoras e os beneficiários, não havendo cobranças por procedimentos não cobertos contratualmente.

Requisito 8 – Reconhecimento contábil de recebimentos antecipados (antes do período de cobertura)

A receita é registrada pelo regime de competência, o que não está relacionado com o efetivo recebimento de contraprestação.

A contraprestação pode ser recebida antes do período de cobertura contratual, mas a receita deve ser reconhecida especificamente no período de cobertura, pois a receita está relacionada ao período de cobertura transcorrido, serviço prestado. Neste sentido a operadora deverá registrar qualquer recebimento antecipado em relação à vigência do contrato em conta específica no passivo conforme plano de contas padrão – Receita Antecipada de Contraprestações/Prêmios.

Nesse sentido, os requisitos serão utilizados como framework metodológico.

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A seguir serão apresentados os dados deste estudo, seguindo as formulações metodológicas já apresentadas, e ilustrando o cenário de saúde suplementar no Brasil ao qual estão inseridas as operadoras de planos de saúde.

4.1 Composição da Amostra

O estudo de caso foi realizado através do parecer e relatórios circunstanciados emitidos por auditor independente em operadoras de planos de saúde, preservada sua identidade no anonimato, por questão de ética e opção do auditor independente. No universo de 90 operadoras de planos de saúde, dessas foram selecionadas 30 como amostragem para coleta de dados e segregadas conforme Quadro 2 abaixo:

QUADRO 2 – PORTE DA OPERADORA

Nº	PORTE	MODALIDADE
1	Grande Porte	Autogestão
2	Médio Porte	Autogestão
3	Pequeno Porte	Autogestão
4	Grande Porte	Cooperativa
5	Médio Porte	Cooperativa
6	Pequeno Porte	Cooperativa
7	Grande Porte	Medicina de grupo
8	Médio Porte	Medicina de grupo
9	Pequeno Porte	Medicina de grupo

FONTE: O autor (2017)

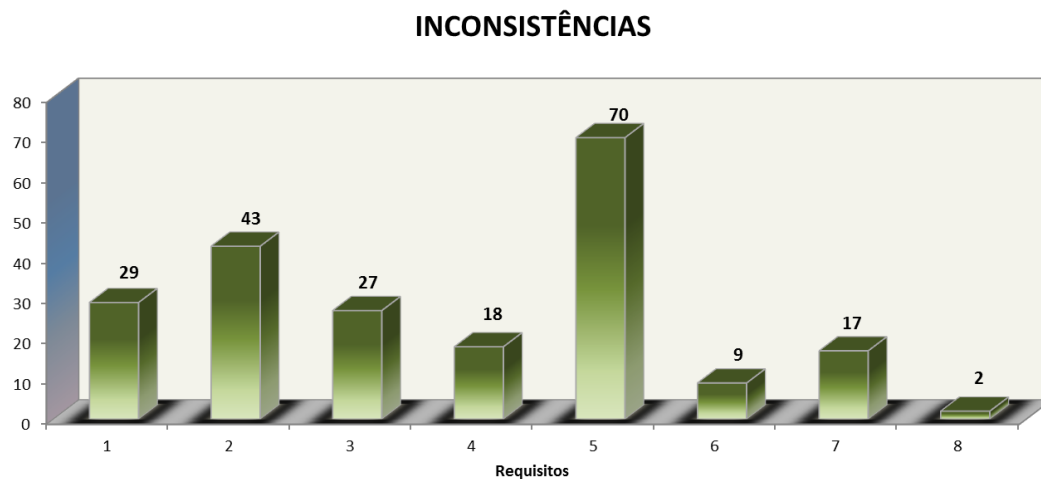
As operadoras são segregadas conforme porte de acordo com o item - 6.3.4.1 das Normas Gerais, anexo, presente na RN ANS nº 290 e alterações.

O porte da operadora é determinado em razão da quantidade de beneficiários na data-base do encerramento do exercício social, que são os seguintes: pequeno porte: quantidade inferior a 20.000 beneficiários; médio porte: entre 20.000 e 100.000 beneficiários; e grande porte: quantidade superior a 100.000 beneficiários. ANS RN nº 290.

4.2 RESULTADOS

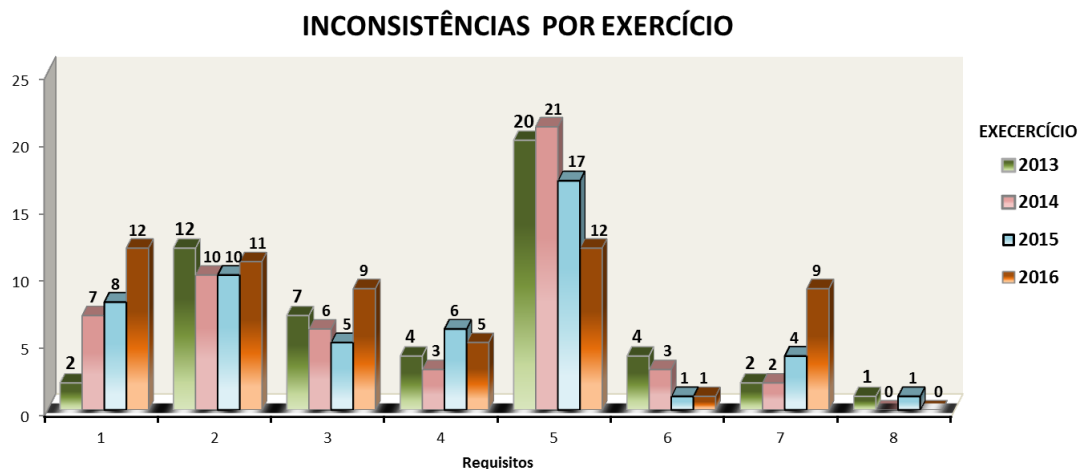
Conforme comparativo realizado, entre as operadoras selecionadas, apresenta-se os resultados considerando os requisitos em não conformidades durante os exercícios sociais/contábil, conforme Gráfico 1:

GRÁFICO 1 – Inconsistências por requisitos.



Fonte: O autor (2017).

GRÁFICO 2 – Inconsistências por exercício.



Fonte: O autor (2017).

No gráfico 2, considerando como critério os requisitos de maior número de inconsistências exposto no Quadro 1, apresentamos a quantidade por exercício social. Verifica-se que o Requisito 5 - Constituição das provisões técnicas conforme exigência do órgão regulador (PESL, PEONA e PPCNG) é o item que as operadoras apresentam o maior número de inconsistências/não conformidades.

Entre as provisões citadas destacam-se as constituições da PPCNG e a da PESL. A Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados (PESL) com o maior número de não conformidades frente as exigências do órgão regulador, seja resultado da falta de controle gerenciais/auxiliares obrigatório apropriados, ineficácia dos controles utilizados e também a falta, muitas vezes, de ferramentas de controle interno eficaz capaz de identificar em tempo hábil a falta de documentos suportes hábil para tal reconhecimento contábil. Também, observamos que a constituição da Provisão para Contraprestação não ganha (PPCNG) apresenta um elevado número de operadora em não conformidade neste requisito. Verifica-se a falta de controles auxiliares eficientes e a não parametrização dos sistemas de informação que suportam os lançamentos contábeis.

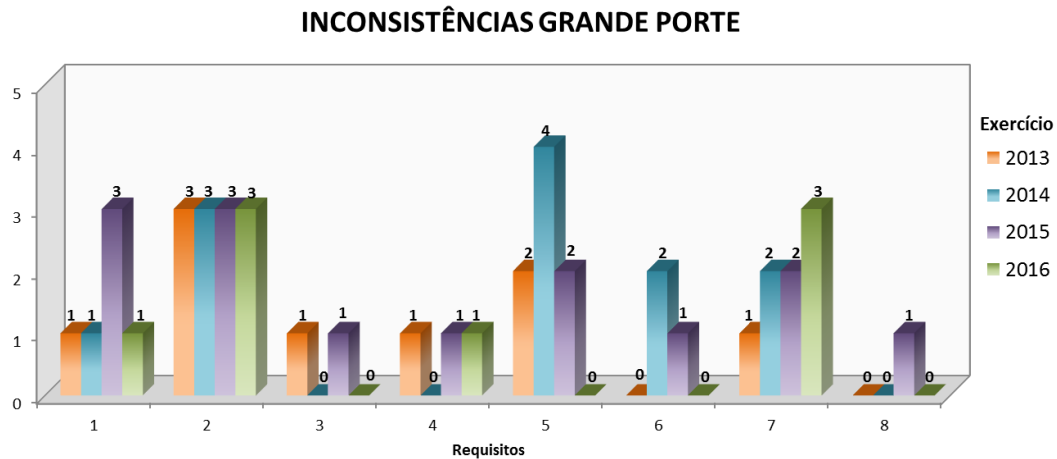
A Provisão de Prêmios ou Contraprestações Não Ganhas caracteriza-se pelo registro contábil do valor mensal pela operadora da cobertura de risco contratual da vigência que se inicia naquele mês, devendo ser baixada a crédito de Receita de Prêmios ou Contraprestações, no último dia do mês de competência, pelo período de risco já decorrido no mês (Item 8.2.2.1 Normas gerais, ANS RN nº 418).

Nos contratos de plano de saúde, a precificação para o período de vigência mensal é reconhecida em uma conta de passivo específica, provisão de prêmios e contraprestações não ganhas (PPCNG) (Manual Contábil, ANS RN nº 418).

No início do período de cobertura de risco, conforme contrato, o valor do contrato deve ser registro na conta de Provisão para Contraprestação não Ganha (PPCNG) e apropriado ao resultado conforme período de cobertura transcorrido.

Ao final de cada mês, o valor reconhecido como PPCNG é apropriado ao resultado do período, como Receita de Contraprestação/Prêmio, em função do período de cobertura do risco já decorrido naquele mês. O termo “não ganha” significa que o período de risco de cobertura contratual ainda não decorreu, portanto, a operadora ainda não prestou o serviço para o beneficiário do plano, que é a cobertura contratual dentro daquele prazo. A operadora não pode registrar esse valor como receita até que haja cobertura contratual decorrida no tempo. (Manual Contábil, ANS RN nº 418).

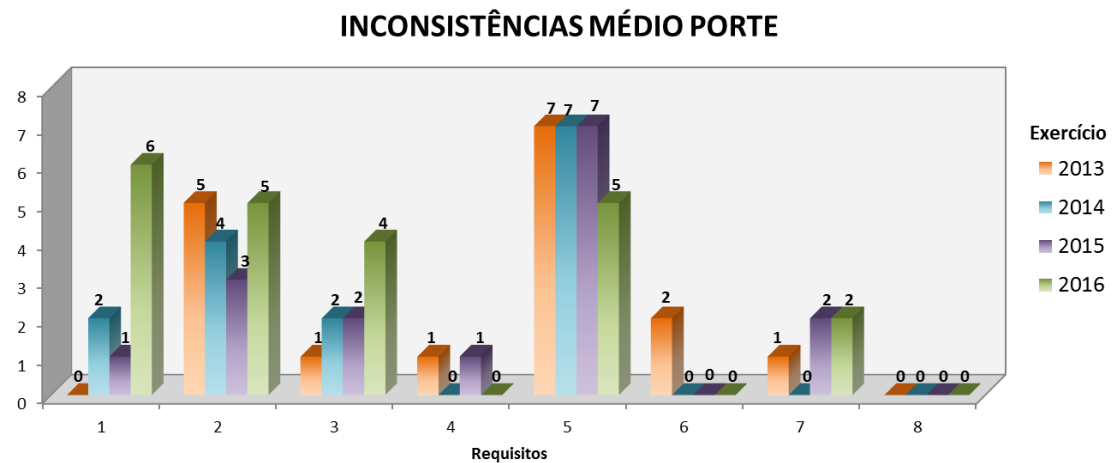
GRÁFICO 3 – Inconsistência por Porte – Grande Porte.



Fonte: O autor (2017).

No gráfico 3, foi realizado o cotejamento entre as inconsistências apresentadas nas operadoras de grande porte.

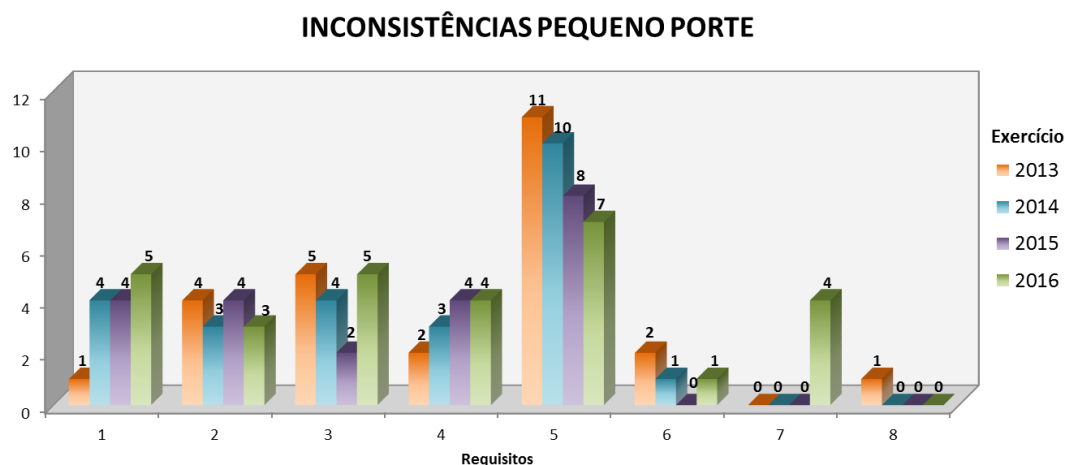
GRÁFICO 4 – Inconsistência por Porte da Operadora – Médio Porte.



Fonte: O autor (2017).

No gráfico 4, foi realizado o cotejamento entre as inconsistências apresentadas nas operadoras de médio porte.

GRÁFICO 5 – Inconsistência por Porte da Operadora – Pequeno Porte.



Fonte: O autor (2017).

No gráfico 5, foi realizado o cotejamento entre as inconsistências apresentadas nas operadoras de pequeno porte.

Nota-se que independentemente do porte das operadoras, em análise, os requisitos que mais vezes apresentam as inconsistências e/ou não conformidades são os da constituição das provisões técnicas.

As não conformidades podem caracterizar anormalidades administrativas.

A Resolução Normativa nº 417 de 2016 em seu art. 3º descreve “Identificada a prática de anormalidades administrativas graves de natureza assistencial, a Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO encaminhará ofício de notificação à operadora, concedendo prazo de até 15 (quinze) dias, contado da data do recebimento do ofício, para a apresentação do Plano de Recuperação Assistencial”.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar pode intervir, direção técnica, na operadora se a mesma não apresentar o plano de recuperação assistencial, não cumprir o plano e/ou apresentar novamente anormalidades dentro do período de 2 anos subsequente ao do recebimento do ofício de notificação.

Direção Técnica: regime especial que pode ser decretado quando são detectadas anormalidades administrativas graves de natureza assistencial que coloquem em risco a assistência prestada aos beneficiários de uma operadora (ANS RN nº 417).

A direção técnica na operadora de plano de saúde pode resultar na retirada, determinada, desta do mercado, com a prévia transferência da carteira de

beneficiários, se houver, caso a prossecução ou a qualidade do atendimento aos beneficiários fique comprovadamente prejudicada.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou uma análise de como as operadoras estão cumprindo os requisitos emitidos pelo órgão regulador. As conformidades frente às exigências/normas do regulador do setor. Além disso, permitiu verificar e comparar, por porte (Grande, Médio e Pequeno), as operadoras e quais requisitos regulatórios, dos selecionados, não estão sendo implantados e/ou utilizado adequadamente.

Ao realizar a tabulação das informações embasado nos relatórios circunstanciados emitidos pelos auditores independentes, verificou-se que o requisito que apresentou o maior número de operadoras que estão em não conformidade é o requisito 5 da lista de requisitos selecionados para a realização do estudo, permitindo assim, que os objetivos propostos fossem alcançados.

A lista com os requisitos principais selecionados conseguiu mostrar a situação das operadoras em relação ao não cumprimento e/ou observância das normas emitidas pelo órgão regulador, conforme destacado nos Gráficos 1 e 2.

Dada à importância do assunto, torna-se necessário o desenvolvimento de controles internos, auxiliares e gerenciais mais eficientes e eficazes, assim como, uma gestão prezando pela fidedignidade e confiabilidade das informações que suportam os registros contábeis.

Nesse sentido, a utilização de ferramentas, recursos operacionais, gerencial, financeiros e pessoais, em sua plenitude, permitem as operadoras à realização de uma gestão adequada zelando pela continuidade e qualidade do atendimento aos seus principais interessados, seus beneficiários.

Para futuros estudos, sugere-se que sejam analisados os impactos que as constantes alterações, nas normativas emitidas, causam as operadoras e o tempo que levam para se adequar a essas alterações.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Marcelo Cavalcanti. **Auditoria – Um Curso Moderno e Completo**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2012. 533 p.
- YIN, Robert K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010. 248 p.
- AVALOS, José M. A. **Auditoria e Gestão de Risco**. Saraiva, 2009. 172 p.
- ATTIE, William. **Auditoria: conceitos e aplicações**. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2011. 674 p.
- LINS, Luiz dos Santos. Auditoria: Uma abordagem Prática com Ênfase na Auditoria Externa.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico>>. Acesso em 16 de set. 2016.
- MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2.177-44. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/MPV/2177-44.htm#art1>. Acesso em 16 de set. 2016.
- CREPALDI, Silvio Aparecido. Auditoria Contábil: teoria e prática. 8. Ed. São Paulo: Atlas, 2012.
- MOURAD, Nabil A. PARASKEVOPOULOS, Alexandre. MICHAELIS, Roberto W. IFRS: Normas Internacionais de Contabilidade Para Operadoras de Saúde. São Paulo: Atlas, 2010. 143 p.
- SANTOS, Ariovaldo dos. GOUVEIA, Fernando H. C. VIEIRA, Patrícia dos S. Contabilidade das Sociedades Cooperativas. São Paulo: Atlas, 2008. 292 p.
- NBC TA's - Normas Brasileiras de Contabilidade de Auditoria Independente.
- MIGLIAVACCA, Paulo N. Controles Internos Nas Organizações. 2. Ed. São Paulo: Edicta, 2004.
- LINS, Luiz dos Santos. Auditoria – uma abordagem Prática com ênfase na auditoria externa. 2. Ed. São Paulo : Atlas, 2012.
- ANS, Central de atendimento a operadoras e prestadores, 2010. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/central-de-atendimento-a-operadoras-e-prestadores/index.php?option=com_centraldeatendimento&view=operadora&resposta=968&historico=8738473/>. Acesso em 12 de jun. 2017.
- ANS. RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 400, de 25 de fevereiro de 2016. Dispõe sobre os parâmetros e procedimentos de acompanhamento econômico-financeiro das operadoras de planos privados de assistência à saúde e de monitoramento estratégico do mercado de saúde suplementar. Disponível em:<

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzlwNQ==>. Acesso em: 13 jun. 2017.

ANS. RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 417, de 22 de dezembro de 2016. Dispõe sobre o Plano de Recuperação Assistencial e sobre o regime especial de Direção Técnica, no âmbito do mercado de saúde suplementar, revoga a RN nº 256, de 18 de maio de 2011, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/legislacao/busca-de-legislacao>>. Acesso em: 13 jun. 2017.

Portal Brasil. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/governo/2009/11/agencias-reguladoras>>. Acesso 30 de jun. 2017.

FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. Reforma do Estado: O papel das agências reguladoras e fiscalizadoras. In: MORAES, Alexandre de. (org.). Agências Reguladoras. São Paulo: Atlas, 2002.

SALA DOS DOUTRINADORES. Disponível em: <https://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id_dh=11832 29/06/2017>. Acesso em 30 de jun. 2017.

ANS. DIRETORIA COLEGIADA. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/diretoria-colegiada>>. Acesso em : 30 de jun. 2017.

ANS. ASPECTOS FINANCEIROS DO RESSARCIMENTO AO SUS: Orientações sobre os procedimentos de cobrança Disponível em : <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/cartilha_aspectos_financeiros_do_ressarcimento_ao_sus.pdf>

SUNDFELD, Carlos Ari. Introdução às agências reguladoras. In Direito administrativo econômico (C.A. Sundfeld, coord.), p. 17-38, São Paulo: Malheiros, 2002.

RESOLUÇÃO Nº 4.444, DE 13 DE NOVEMBRO DE 2015 Dispõe sobre as normas que disciplinam a aplicação dos recursos das reservas técnicas, das provisões e dos fundos das sociedades seguradoras, das sociedades de capitalização. Disponível em: < <http://www.bcb.gov.br/htms/normativ/Resolucao4444.pdf?r=1>>. Acesso em : 30 de Jun. 2017.

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 393, DE 9 DE DEZEMBRO DE 2015 Dispõe sobre os critérios de constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde e revoga dispositivos da Resolução Normativa nº 209, de 22 de dezembro de 2009, e a Resolução Normativa nº 75, de 10 de maio de 2004. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MzE1Mw==>>. Acesso em 30 de jun. 2017.

RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN Nº 392, DE 9 DE DEZEMBRO DE 2015 Dispõe sobre aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e limites de alocação e de concentração na aplicação dos ativos garantidores das operadoras no âmbito do sistema de saúde suplementar e dá outras providências.

Disponível em: <
[http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado
&format=raw&id=MzE1Mg==](http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MzE1Mg==)>. Acesso em 30 de jun. 2017.

HOOG, WILSON ALBERTO Z. CARLIN, EVERSON LUIZ B. MANUAL DE AUDITORIA CONTÁBIL. 4. Ed. Curitiba : Juruá, 2011.